الفصل السادس

عـلاج الاكـتئاب

Depression : Treatment

Brendan P. Bradley براندن . ب برادلى

الفصل السادس

علاج الاكتئاب

براندن ب برادلى Brendan P. Bradley

يعد الاكتئاب إحدى الحالات النفسية الأكثر شيوعاً . وتفترض بعض الدراسات معدلات تتروا ح بين ٢,٢ إلى ٣,٥ فى المئة لاضطراب الاكتئاب الرئيسى ، ومعدلات للاكتئاب العصابى أو البسيط تتراوح بين ٢,١ إلى ٣,٨ فى المئة (Myers et al., 1984) . والاكتئاب الذى لا يستوفى الشروط الكاملة للدليل التشخيص والإحصائى الثالث المعدل DSM - III R أكثر شيوعاً . ويقدر أن ما بين ٩ فى المئة و ٢٠ فى المئة من مجموع السكان يعانون فى وقت أو آخر على امتداد أعمارهم ، من أعراض جوهرية للاكتئاب (Boyd and Wissman , 1981) ، وقد قدرت الدراسة السابقة أن النساء اللاتى يعانين من الأعراض الأكلينيكية للاكتئاب أميل لأن يكن ضعف عدد الرجال .

وقد استخدمت طرق نفسية عديدة لعلاج الاكتئاب ، غير أنه تم خلال العقدين الأخيرين فقط إجراء مقارنات تقييمية ، تتسم بالضبط بين هذه الطرق المختلفة.

وتتضمن طرق العلاج الحالية من الاكتئاب كلاً من الوسائل الطبية والنفسية ، وتتضمن الطرق الأولى ، استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب (مثل Tricyclis , monoamine oxidase inhibitors {MOAIS} , Lithium carbonate . والعلاج بالصدمات الكهربائية (٢) . ويستخدم الـ narcois المعدل مع الصدمات الكهربائية بالنسبة للمرضى ممن يكون اكتئابهم شديداً للغاية ومقاوماً للأساليب العلاجية الأخرى، وتستخدم حتى الجراحة النفسية (٣)(Kell˜ , 1982) .

وبالمثل تتنوع الطرق غير الطبية ، فهى تتضمن الأساليب السلوكية (مثال ذلك الاسترخاء العضلى التدريجى ، الإغراق ، الاتفاق التعاقدى (٤) ، زيادة المشاركة فى الأنشطة السارة ، التدريب على المهارات الأجتماعية ، العلاج الأسرى السلوكى) والأساليب المعرفية (مثل طريقة بيك العلاجية ، علاج إليس Ellis الوجدانى العقلانى (٥) ، حل المشكلات ، التشريط المعرفى (٦)) كما استخدمت طرق مثل التمرينات والعلاج التفاعلى ، وخفض مشاعر فقدان الحيلة ، واستخدام العلاج المعرفى والسلوكى معاً فى بعض الدراسات . وقد طبق مثل هذا العلاج على حالات مختلفة فردية وجماعية ، وتراوح من تلقوا هذه

---

(1) Dysthymia
(2) Electroconvulsive therapy (ECT)
(3) Psychosurgery
(4) Contingency Contracting
(5) Rational Emotive Therapy
(6) Covert Conditioning

والعلاج النفسى الدينامى التقليدى عادة مايعد مستنزفًا للوقت ومكلفًا مقارنة بأساليب العلاج السلوكى المعرفى ، ولم تظهر له فعالية عندما قورن بمجموعات ضابطة غير محددة ، أو بالعلاج الدوائى أو العلاج الجسمى ، (Hollon and Beck , 1978 , 1979) ، ويستثنى من ذلك طريقة العلاج التفاعلى (١) لويزمان Weissman التى ظهر أن لها تأثيرًا علاجيًا محدداً فى حالات الاكتئاب والأداء الإجتماعى (Weissman etal, 1979 , Elkin et al., 1989) ، بالإضافة إلى ذلك .. فقد نشر شابيرو وآخرون Sha-piro et al. (1990) نتائج أولية ايجابية لنموذج استكشافى لأسلوب علاج ذى توجه علاقاتى ، وكما يشير وليامز (Williams (1984 قد تشترك هذه الأساليب فى عدد من الطرق مع الأساليب المعرفية السلوكية . ومن الواضح أنه بينما حدث تقدم ملحوظ فى علاج الاكتئاب بالوسائل الدوائية والصدمات الكهربائية ، فإن هناك عيوباً ، وبالتالى فإن استخدام الطرق النفسية مرحب به ، وقد حظى العلاج السلوكى والمعرفى بأغلب الاهتمامات البحثية فى الأعوام الأخيرة . وهناك نتيجة عامة هى أن هذه الاساليب العلاجية التى تجمع بين كل من الطريقتين تعمل بشكل أفضل من تلك التى تحد نفسها تماماً بالاساليب السلوكية أو المعرفية فقط (Taylar and Marshall , 1977)

وأكثر أساليب العلاج المعرفية السلوكية التى كانت موضوعًا لبحوث شاملة هى العلاج المعرفى (CT, Beck et al., 1979 b) وباستثناءات نادرة كان تأثيره فى علاج حالات الاكتئاب أحادية القطب للمرضى غير الذهانيين ، وكذلك فى الوقاية من الانتكاس تأثيرا حقيقياً .

وهناك تقارير حول نتائج إيجابية اخرى متسقة مع نتائج هذا العلاج من مراكز أخرى وبلاد أخرى ، أكثر مما يوجد لبقية الأساليب العلاجية النفسية . وبالتالى فهذا الأسلوب العلاجى هو الذى سأركز عليه هنا .

فعالية العلاج المعرفى السلوكى

فحص دوبسون Dobson (1989) فى واحدة من أكثر المراجعات شمولاً فى هذا الميدان نتائج ثمانية وعشرين دراسة ، واستخلص منها أن علاج بيك المعرفى يبدو أكثر فعالية من العلاج السلوكى أو الدوائى (وأكثر فعالية من حالات عدم تلقى علاج) فى علاج الاكتئاب الاكلينيكى ، كما استخلص ايضاً أنه متفوق على أساليب العلاج النفسى الأخرى فى علاج الاكتئاب على الرغم من اعترافه أن مقارنات تالية مطلوبه قبل إغلاق الحديث فى هذه القضية .

وكان أداء المريض الاكتئابى المتوسط الحاصل على علاج معرفى فى الدراسات التى فحصها أفضل من ٩٨ فى المئة من المجموعة الضابطة ، من غير الحاصلين على علاج ، ومن ٦٧ فى المئة من العملاء الحاصلين على علاج سلوكى ، ومن ٧٠ فى المئة من الذين عولجوا بالعقاقير المضادة للاكتئاب ، ومن ٧٠ فى المئة من العملاء الذين عولجوا بأساليب نفسية أخرى ، وكان العلاج بالصدمات مساوياً فى تأثيره بالنسبة للرجال والنساء .

(1) Interpersonal Psychotherapy.

ويوافق هولون وزملاؤه (Hollon et al. (1991 فى مراجعتهم على أن العلاج بالصدمات بديل واعد للعلاج الدوائى ، ويشيرون الى :

(أ) أن هناك دلائل على أن العلاج بالصدمات يضاهى العلاج الدوائى بالـ Tricyclics فى علاج النوبات الحادة [(١)] .(ب) مع بعض الاستثناءات .. فإن الجمع بين العلاج بالصدمات والعلاج الدوائى لا يبدو متفوقًا على أى وسيلة منهما منفردة . (جـ) قد تحمى الصدمات الكهربائية فى مرحلة النوبات الحادة من حدوث نكسة . وكان هولون وزملاؤه حذرين فى تبريراتهم واستخلاصاتهم أكثر من دوبسون ، وأشاروا إلى أن هذه الاستنتاجات يمكن اعتبارها أولية فقط ؛ نظرا لمحدودية تقييم الدراسة وإجرائها ، وهناك نتائج من دراسة واسعة النطاق، قام بها المعهد القومى للصحة العقلية [(٢)] (Klin et al., 1989) أقل إيجابية فى نتائجها إلى حد ما فيما يتعلق بالكفاءة الأولية للعلاج من تلك التى توحى بها استخلاصات دوبسون ، على الرغم من أن عدداً قليلاً من المرضى ، الذين عولجوا معرفيًا ، تطلب الأمر علاجهم على امتداد عام المتابعة (Shea et al., 1992) ، وقام الكين وزملاؤه (Alkine et al. (1989 بدراسة صنفوا فيها عشوائياً ٢٥٠ مريضاً خارجياً من ذوى اضطرابات الاكتئاب الأساسية فى اربع فئات علاجية مختلفة هى : العلاج المعرفى السلوكى ، العلاج التفاعلى (وهو فترة علاجية قصيرة ذات توجه تحليلى نفسى (Klerman et al., 1979) علاج عيادى + عقار الـ imipramine ، علاج عيادى + عقار زائف [(٣)] ، وظهرت فى التحليل النهائى بعد انتهاء فترة العلاج فروق جوهرية ضئيلة بين تأثير أساليب العلاج المختلفة، غير أن هذه الفروق تشير إلى أن الـ imipramine مع العلاج العيادى كان أدائهما جيدا ، وكان التالى لهما هما نوعى العلاج النفسى ، وكانا شديدى القرب فى تأثيرهما ، بينما كان العلاج العيادى والعقار الزائف آخرها . ويبدو أن العلاج التفاعلى والـ imipramine مع العلاج العيادى كانا هما الأكثر فعالية فى الحالات ذات الاكتئاب الحاد والمعوق . ويتعين ملاحظة أنه توجد مناقشة حول مقدار التأثير ، الذى يقوم به المعالج المعرفى ، من خلال إشرافه التالى (Hollon and Najavits , 1980) .

وتدعم دراسة أخرى حديثة فكرة أن بعض أساليب العلاج النفسى قصيرة المدى – غير المشتقة، سواء من التقاليد السلوكية أو المعرفية – يمكن أن تكون مفيدة فى علاج الاكتئاب . وقد وجد شابيرو وزملاؤه (Shapiro et al. (1990 أن العلاج الاستكشافى [(٤)] (ذا التوجه العلاقاتى) كان مكافئاً فى تأثيره للعلاج المعرفى فيما يختص بخفض الاعراض الاكتئابية ، غير أنه يبدو أن العلاج الاستكشافى يعطى نتائج أفضل فيما يتعلق بالصعوبات التفاعلية بين الافراد . وتثير هذه النتائج الاهتمام ولكن يتعين ألا تحول انتباهنا عن تبين أنه عند الموازنة سنجد أن هناك الكثير من الدعم من الدراسات ذات الضبط المنهجى ، جيدة الإجراءات لكفاءة العلاج المعرفى للاكتئاب ، اكثر من أى طريقة نفسية علاجية أخرى .

وقد استخدم أسلوب الجمع بين العلاج المعرفى والعلاج الدوائى فى عدد من الدراسات ، ويقدم هولون وزملاؤه (Hollon et al. (1991 مراجعة لها ، ويستخلصون أن العلاج المعرفى وحده يوفر أكبر درجة من الوقاية من الانتكاسات بالقدر نفسه الذى يوفره هذا الجمع بين الأسلوبين ، وقد دعمت عدة

(1) Acute .
(2) National Institute of Mental Health (NIMH) .
(3) Placebo .
(4) Exploratory therapy.

العلاج المعرفى أكثر فعالية ، ويمكن أن يؤدى إلى إنفاق وقت أقل على المدى البعيد ، بالإضافة إلى ذلك، فهناك دلائل على أن الوفر فى العلاج الدوائى لوقت الاتصال بالمعالج والضرورى لتحسن الأعراض ، قد يكون متواضعاً للغاية ؛ مما يمكن للمرء أن يتوقعه .

وتشير أعمال فريمان (اقتباساً من Willams , 1992) إلى انه بينما يستغرق العلاج الدوائى فى المتوسط ١١ ساعة قبل ظهور تحسن فى الأعراض ، فإن العلاج المعرفى يستغرق ١٤,٦ ساعة ، ويستغرق الإرشاد الدينامى ٢٠,٩ ساعة ، وبالتالى فإن ميزة العلاج الدوائى هى ٣,٦ ساعة فقط ، وهى ميزة يمكن تجاهلها مقابل نوبة انتكاس واحدة .

وعلى القراء المهتمين بمناقشة تفصيلية أكثر للفعالية الفارقة والانتكاس ،الرجوع الى وليامز Williams(1992) .

عرض لعلاج بيك المعرفى

ترى نظرية بيك Beck فى الاكتئاب أن المزاج الاكتئابى ينتج من الأفكار والإدراكات السلبية المتحيزة ، وهو يرى أن الأفراد المكتئبين هم تقليدياً أشخاص متشائمون فى نظرتهم العامة ، ويقدمون تفسيرات سلبية مشوهة للخبرة سواء الحالية أو الماضية . ويعرض بيك (1976) الخطوط العريضة للعمليات التشويهية مثل الإفراط فى التعميم (مثال ذلك أنه عند الوقوع فى خطأ يفكر الشخص المكتئب كالآتى : دائماً ما أقع فى هذا الخطأ) والتجريد الانتخابى (مثال ذلك العناية بالجوانب السلبية فى الخبرة) ، التضخيم والتصغير (مثال ذلك تضخيم الصفات السلبية وتصغير الصفات الايجابية) ، ثنائية المنطق أو التفكير بطريقة الكل أو لا شيء (مثال ذلك : اذا فقدت هذا الشيء فعلى أن أموت) .

وقد استخدم بيك مفهوم المنظومة أو البنية المعرفية لتفسير هذا النسق العريض من التشويهات السلبية فعندما يكون الشخص مكتئباً ، تنشط المنظومات السلبية وتسيطر على العمليات المعلوماتية . ويرى بيك أن المنظور السلبى للأفراد المكتئبين يعمل بمثابة طوق يحاصر الذات ، عالمها ومستقبلها ، وهذا ما يشكل الثلاثى المعرفى السلبى ؛ حيث ينظر الفرد إلى الذات باعتبارها معطوبة أو غير مناسبة بالمعنى النفسى أو الأخلاقى أو الفيزيقى (الجسمى) ، وتميل الخبرات غير السارة لأن تعزى لهذا العيب ، وتفسر الخبرات بطريقة سلبية ، وينظر إلى الحياة باعتبارها تفرض متطلبات متطرفة ، وتفسر التفاعلات مع البيئة باعتبارها تمثل هزيمة أو إحباطاً ، وتقود نظرة الشخص المكتئب إلى الحياة إلى توقعات سلبية، وتوقع الفشل . ويرى بيك فى كل هذا تفسيراً للدافعية المنخفضة التى عادة ما تصاحب الاكتئاب . وبافتراض أن الأفراد المكتئبين يتوقعون نتائج غير سارة من اعمالهم ، فإن تعطل خصائصهم ، وقصورهم الذاتى يبدو مفهوماً . ويقدم هاجا وزملاؤه (Haaga et al. (1991 مراجعة للدلائل التجريبية ، التى تدعم نظرية بيك فى الاكتئاب ، ويخلصون الى انه خلال المرحلة الاكتئابية تظهر الناس دلائل على التشويه المعرفى ، على الرغم من وجود دلائل قليلة ، لصالح الانجراح المعرفى عندما يكونون متحررين من الاكتئاب.

وعلاج بيك المعرفى (Beck et al., 1976 b) عبارة عن حزمه علاجية مشتقة من نظريته ، أهدافها هى تحديد ومواجهة الأفكار السلبية بهدف تطوير وانتاج بدائل أكثر مناسبة وأفكاراً توافقية ، ويتم تشجيع الاستجابات المعرفية والسلوكية القائمة على هذه الأفكار التوافقية . وهناك تأكيد على العلاقة

بين المعالج والمريض . والتوحد أو التقمص الذى يحدث ، عندما يتفهم المعالج كيف يشعر المريض ، والتواصل معه فى ذلك يعتبر مهمًا فى ممارسة العلاج ، بنفس أهمية الصدق ومشاعر العناية والاهتمام بصحة المريض ، ويتضمن هذا المنحى مكونًا تعليميًا جوهريًا حيث يتعرض المرضى من خلاله لفكرة أن الأفكار السلبية ذات أهمية جوهرية فى الاكتئاب ، وتعرض عليهم طرق تغيير هذه الأفكار ، ويشجع المرضى على النظر إلى العلاج على أنه مشروع مشترك يقوم خلاله المعالج والمريض معا بتحديد المشكلات المستهدفة، التى يتعين تناولها خلال برنامج العلاج ، ويتعين أن يتضمن ذلك الاعراض الاكتئابية نفسها ، مثل صعوبة التركيز والمشكلات الخارجية ، مثل صعوبة إقامة علاقات . وعند التوصل إلى اتفاق على المشكلات الرئيسية ، توضع أولويات لمعالجة كل منها ، على أن يوضع فى الاعتبار كل من : مدى أهميتها للمريض ، ومدى ما تبدو عليه من قابلية للتغيير ، ويوضع جدول للبنود فى بداية كل جلسة ، يغطى النقاط التى ستناقش خلال هذه الجلسة ، وتراقب إستجابة المرضى لتدخل المعالج بعناية ؛ بحيث يمكن مناقشة إمكانية ظهور الأفكار السلبية ويجاب عنها . ويراعى الاهتمام بمؤشرات سوء الفهم أو الاستجابات (ردود الفعل) السلبية ، مثل الفشل فى تسجيل الافكار السلبية . ذلك أن بعض المرضى يظهرون الإذعان والمطاوعة ، بينما هم غير موافقين فى صمت على ما يطلب منهم عمله .

والعلاج المعرفى علاج قصير الأمد ، وعادة ما يكون متوسط فترة العلاج أقل من خمسة عشر اسبوعاً . وفى الواقع ، وكما سبق مناقشته من قبل ، وجد فينيل وتيسيدال Fennell and Teasdale (1987) أن أكبر نسبة من الاستجابة للعلاج فى الحالات الواضحة تظهر فى الجلسات القليلة الأولى . ويمكن استخدام هذه المعلومة فى تقرير ما إذا كان المريض مناسبًا للعلاج المعرفى ، ويمكن استخدام فترة اختبار تمتد لخمسة جلسات لتقرير ما اذا كان هناك تحسن قد ظهر أم لا . وبالطبع فإنه من الضرورى إعلام المريض من البداية بفترة الأختبار .

برنامج بيك العلاجى المعرفى - الجلسات الأولى .

أهداف المعالج فى البداية هى الآتى (١) التقييم (٢) إدماج المريض اجتماعيا فى النموذج المعرفى (٣) التعامل مع تشاؤم المريض من العلاج وتشاؤمه بصفة عامة (De Rubeis and Beck , 1988) ، ويتم البدء بتحديد المشكلات النوعية ويقاس الاكتئاب ببطارية بيك للاكتئاب BDI [1] أو أى اداة أخرى (انظر Ripper الفصل الثالث) ، ويتم الحصول على المعلومات حول خلفية حياة المريض ، وكذلك التحقق من وجود رغبات انتحارية ، وبعدئذ تحدد الأولويات بالنظر إلى أى المشكلات يتعين التعامل معها أولاً . وعادة ما يتم ذلك على أسس من مدى أهمية وسهولة تغيير الصعوبة ، ومدى نشاط المريض ، ومقدار البهجة التى يحصل عليها من هذا النشاط . وتقدم للمريض فكرة عن تأثير الأفكار على المشاعر ويطلب منه محاولة تذكر أية أفكار ، عرضت له خلال الفترة الحديثة ، عندما كانت حالته المزاجية منخفضة ، وهل أدت هذه الأفكار لشعوره بعدم السعادة أو هل لها الآن هذا التأثير عندما تذكرها ؟ ويمكن إحداث تناقض بين هذه الأفكار ، وأفكار أخرى ، ترتبط بأوقات شعر خلالها المريض بالسعادة .

---

(1) Beck Depression Inventory (BDI)

منذ الجلسة الأولى ، كما تناقش الأفكار حول الجلسة والعائد منها ، وعندما يتم وضع قائمة البنود يتفق المريض والمعالج على ترتيب تناول هذه البنود ، وعلى ما إذا كان من الممكن تناول كل البنود بطريقة مناسبة خلال الجلسة . وعلى اى الاحوال ، إذا رغب المرضى فى الحديث عن موضوعات أخرى يرون أنها مهمة ، فعلى المعالج أن يكون مرنًا فى تعديل بنية الموقف التى عرضنا لها فيما سبق . وهذه المرونة ضرورية للحفاظ على علاقة بناءة بينهما . وتساعد البيانات التى يقدمها المريض فى قائمة الأنشطة وفى تسجيلاته للافكار السلبية على تحديد التدخلات الأخرى التى قد تكون ضرورية ، مثل : التدريب التوكيدى، والتدريب على المهارات الإجتماعية ، والعلاج الأسرى ، والتعرض التدريجى لعلاج المخاوف وغيرها .

تحدى أو مواجهة الافكار التلقائية السلبية

يعد تحدى ومواجهة الأفكار السلبية من الأمور المحورية فى العلاج المعرفى ، وتظهر مثل هذه الافكار تلقائيًا ، وتتضمن عدداً من التشويهات ، ويمكن مواجهتها بواسطة تحديد هذه التشويهات وتجنبها، بواسطة محاولة تقرير ما إذا كانت هناك حقيقة أية دلائل تؤيد الأفكار السلبية ، وبواسطة جمع الدلائل ونقضها ، ومحاولة البحث عن الاعمال التى يمكن القيام بها لاختبار الأفكار ، أو من خلال تغيير الموقف . مثال ذلك إذا كانت الفكرة السلبية هى «لا نفع منى فى أى شيء» ، فيشجع المريض على تذكر خبرات محدده ناجحة ، ويكون الواجب المنزلى الذى يمكن النصح به هو تسجيل المواقف ، التى توقع فيها الشخص المكتئب الفشل ، بينما يوحى عمله السابق أن النجاح كان هو الاغلب . وثمة طريقة أخرى تتضمن تغيير خصائص أو صفات الأحداث غير السارة ، مثال ذلك مريضة اكتئابية لم تحصل على الوظيفة التى كانت تريدها ، وهى تفسر الموقف على أنه يعنى أنها ليست بالكفاءة المطلوبة ، ويشجعها المعالج على صياغة إمكانات اخرى مثل « كان هناك ١٥ متقدمًا لهذه الوظيفة » أو « كانت مؤهلاتى أعلى من المطلوب لهذه الوظيفة » أو « لم أحصل على الخبرة الصحيحة اللازمة لهذه الوظيفة » ، وسيكون من المفيد إعطاء المريض قائمة بالخطوط العريضة المطلوبة ؛ لمواجهة الأفكار السلبية (مثل المعروض فى جدول ٢ – ٦) ، وفيما يلى امثلة لأساليب مواجهة الافكار السلبية .

جدول (١ - ٦) : أمثلة لتسجيل الأفكار البديلة

التاريخ	درجة الانفعال (صفر-١٠٠)	الموقف	الفكرة السلبية (أعتقد من صفر-١٠٠)	الفكرة البديلة	١- الاعتقاد في الفكرة البديلة ٢- الانفعال ٣- ماالذى تستطيع عمله الآن
١٢/٧	مكتئب (٧٠)	عدت من العمل إلي المنزل	لم أفعل أى شيء صواب اليوم (٩٠)	هذا غير صحيح فقد أجريت خمس مكالمات تليفونية ورتبت مكتبى	١ - ٥٠ ٢ - ٤٠ ٣ - التخطيط لنشاط واحد مرضي غداً في العمل
١٢/٧	زهقانة (٨٠)	جدل مع زوجي	دائما ماأكون مخطئة (٩٠)	دائما نشارك معاً فى هذا. أنا عادة لاأجادل	١ - ٢٠ ٢ - ٤٠ ٣ - يمكننا الجلوس لمناقشة هذه القضية عندما لانكون متعبين.

ماالدليل

جون يعمل ممثلاً وهو فى المتاسعة والثلاثين من عمره ، أشار إلى أنه « كان » ممثلاً لامستقبل له على المسرح ، وعندما سئل عن الدليل المؤيد لهذ الفكرة ، قال إنه لم يتلق أى عرض عمل على مدى الأسابيع القليلة الماضية ، وكشفت المناقشة المتالية أن هذا ليس أمراً غير مألوف بين الممثلين ، وأنه على أى الأحوال كان ميالاً للعزوف عن السعى نحو عروض العمل ، التى كانت تعرض عليه فى الماضى ، كارهًا لفكرة أنه «يسوق نفسه» ، وقد أدرك مع المناقشة أن الدليل الذى استخدمه لا يؤيد فى واقع الأمر النتيجة الأصلية التى خرج بها . وعندما طلب منه أن يقدم دليلاً مضاداً لأفكاره السلبية ، كشف جون أنه قام حديثاً بدور فى مسرحية لاقت قبولاً حسناً ، وإنه عمق من نمطه فى التمثيل ، وأنه تلقى خلال الشهور القليلة الماضية اتصالا من اثنين من الوكلاء الفنيين .

ما البدائل

عزى جون فشله فى تلقى أية عروض عمل خلال الأسابيع القليلة الماضية إلى عامل داخلى مستقر لديه ، وهو أنه " كان " ، غير أنه كان قادراً على تقديم بديلين ، لاحظ أنهما معقولين .

أسنانى قد تصبح اسوأ ، ومن الأفضل علاجها الآن » . وبعد كتابته لأفكاره البديلة ، رفع سماعة التليفون للأتصال بطبيب الأسنان ، وشعر بإحساس طيب نتيجة للإنجاز الذى حققه .

اسلوب البحث عن التفسيرات الدفينة (1) .

قد يكون من المفيد أحياناً عدم تقييم أو قياس صدق الأفكار السلبية ، بل أن نسأل عوضاً عن ذلك : افترض أن ذلك صحيح . فما الذى يعنيه ذلك بالنسبة إليّ ؟ (Burns , 1980) ويساعد مثل هذا الأسلوب على تشجيع الاسترسال للتعبير عن المعانى المحورية الأهم للتفسيرات السلبية ، ويكشف عن فروض أساسية بعيدة يتعين مواجهتها عندئذ ، مثال ذلك أن تونى شعر بالهزيمة ، عندما أستأذنت منه امرأة التقاها فى حفلة وغادرت المكان . وكانت فكرته هى : لم تكن تريد الحديث معى ، لم تجدنى شخصاً مشوقاً بالقدر الكافى » . وبدلاً من توجيه أسئلة ، مثل : « ما الدليل ؟ » أو « ماالبدائل » ، سأله المعالج : إذا كان ذلك صحيحاً فما الذى يعنيه ذلك بالنسبة إليك ؟ وقد أشار تونى أن ذلك يعنى اساسا أنه شخص ممل ، وأنه لن يتمكن من إنشاء علاقات مُرضية ، وهذا الفرض المبطن هو ما تمت مواجهته باستخدام الطرق ، التى أشير إليها فيما سبق .

الواجب المنزلى

من المهم تحديد الواجب المنزلى لإعطاء المريض التدريب على مواجهة الأفكار السلبية وحل المشكلات . ويعد تسجيل تمرينات الواجب المنزلى ، والافكار السلبية والافكار البديلة والحالة المزاجية من الخصائص المحورية فى العلاج المعرفى .

جدول (٢ - ٦) : الخطوط العريضة لمواجهة الأفكار السلبية .

البحث عن اجابات منطقية .
١ - ما الدليل ؟
ما الدليل الذى أملكه لتدعيم أفكارى ؟
ما الدليل الذى أملكه لدحضها ؟
٢ - ماوجهات النظر البديلة ؟
كيف يرى شخص أخر هذا الموقف ؟
كيف كان يمكننى النظر لهذا الموقف ، قبل أن أصبح مكتئباً ؟
ما الدلائل التى أملكها لدعم هذه البدائل ؟
٣ - ما تأثير التفكير بالطريقة التى أفكر بها ؟
هل يساعدنى ، أم يعوقنى عن الحصول على ما أريد ؟ وكيف يكون ذلك ؟
وماذا سيكون تأثير النظر إلى الأشياء بطريقة أقل سلبية ؟

(1) Downward arrow technique .

٤ - ماأخطاء التفكير التى أقع فيها ؟

هل أفكر بصيغة الكل أو لا شيء ؟

هل أدين نفسى ككل على أساس حدث واحد ؟

هل أركز على ضعافاتى وأنسى مصادر قوتى ؟

هل ألوم نفسى على خطأ لم ارتبكه ؟

هل أخذت الأشياء على محمل شخصى بينما هى أتل أو أتفه من أن تؤثر فى ؟

هل أتوقع أن أكون كاملاً ؟

هل أستخدم معايير مزدوجة فى وزنى للأمور - كيف أحكم على شخص آخر فى موقفى ؟

هل يتجه إنتباهى إلى الجانب الأسود فى الأشياء ؟

هل أبالغ فى تقييم أحتمالات وقوع الكوارث ؟

هل أضخِّم فى أهمية الأحداث ؟

هل تقلقنى الطريقة التى يتعين أن تحدث بها الأمور ، بدلا من قبولها والتعامل معها على ماهى عليه ؟

هل أفترض أننى لا أستطيع أن أفعل شيئاً لتغيير موقفى ؟

هل أتنبأ بالمستقبل بدلاً من تجربته ؟

٥ - ما الذى استطيع القيام به ؟

ما الذى استطيع عمله لتغيير موقفى ؟

هل أهمل حلول المشكلات ، مفترضاً أنها لن تحل ؟

ما الذى أستطيع عمله لأختبار صدق إجاباتى المنطقية ؟

المصـدر : تعديل M. Fennell (غير منشور) عن Emery (1981) ، ومعاد نشرها هنا ، بتصريح من M . Fennell مع عميق الشكر والامتنان .

العلاج فى الجلسات التالية

مع تقدم العلاج تستخدم البنية نفسها فى الجلسات التالية ، ومع ذلك يتعين الإقلال من استخدام بعض الأساليب مع تحسن المريض ، مثال ذلك رصد الانشطة فى قوائم وذلك بهدف تحييد عدم النشاط. وقد تنشأ بالإضافة إلى ذلك قضايا أكثر عمومية ، وافتراضات غير توافقية ، ويشبه الأمر فكرة المعتقدات غير المنطقية (١) لدى إليس Ellis ، والتى تتضمن اتجاهات عامة أو معتقدات ،كثيراً ما تدمج أساليب السعى إلى الكمال ، أو الاعتماد فى التفاعل مع الظروف أو الأستجابة لها . وأحد هذه الفروض أن يفكر

---

(1) Irrational beliefs .

يمكن تناولها أثناء العلاج . ويمكن لعملية رصد الأنشطة فى قائمة أن تزيد من فرص انخراط المرضى فى أنشطة كانوا يتجنبونها ، كما تزيل من أذهانهم فكرة أن أتخاذ القرارات عقبة لبدء أى عمل (De Rubeis and Beck , 1988) . وغالباً ما يؤدى زيادة مستوى النشاط الى تحسن المزاج ، كما تتضمن الأنشطة المفيدة والتى غالبا ما تكون هى التى تشغل الذهن ، جهداً يتسم باحتمالات إثارة البهجة ، أو ينظر إليها على أنها تستحق ما يبذل فيها من جهد . (Freeman et al., 1990) ويمكن لقوائم الأنشطة أن تتضمن الآتى :

١ – الأنشطة المتعلقة بالمزاج الحسن التى تعبر عن التمكن أو المهارة أو تثير البهجة ، كما تبينها قوائم الأنشطة .

٢ – تلك الانشطة التى كانت تتضمن نوعاً من المكافأة فى الماضى ، والتى اصبحت مجتنبة الآن.

٣ – أنشطة جديدة يتفق عليها كل من المعالج والمريض معاً ، باعتبارها مجزية أو مفيدة (De Rubeis and Beck , 1988) .

التجارب السلوكية

إحدى الطرق الفعالة للتوصل إلى تغيرات معرفية نجدها متضمنة فى الحصول على دليل من الخبرة الشخصية ، التى تتوافق مع أهداف التفكير ، ويتعين تشجيع المرضى على صياغة اختبارات سلوكية لأفكارهم وتجربتها ، وفيما يلى بعض الأمثلة لذلك .

التعرض الحي : غالباً ما يصاحب القلق حالات من الاكتئاب . وينصح فى هذه الحالة بالتعرض التدريجى للمواقف المثيرة للخوف ؛ بهدف التعامل مع حالات قلق المخاوف ، مثل : المخاوف النوعية ، ومخاوف الاماكن المفتوحة والمخاوف الاجتماعية (انظر الفصل الثامن) .

لعب الأدوار : يمكن استخدام طريقة لعب الأدوار لممارسة أنواع جديدة من السلوك ، كما يحدث فى التدريب على المهارات الاجتماعية ، يضاف إلى ذلك أن لعب الأدوار يمكن أن يساعد على تقييم الأفكار التى تظهر فى المواقف الاجتماعية للمريض ، كما يمكن استخدامها ايضاً لممارسة استراتيجيات التناول المعرفى للتعامل مع التفاعل الاجتماعى ، وفى هذا السياق قد يطلب من المريض أن يتصور تتابع الخطوات التى يتضمنها القيام بمهمة معينة ، وذلك بهدف الكشف عن الصعوبات التى تعرقل النجاح فى إنجاز المهمة ، يضاف إلى ذلك أنه قد يساعد على إعداد المريض للقيام بالمهمة ، بأن يقوم قبلها بالتقدم بقدر كاف فى عملية التخطيط لمراحلها . وقد يعنى هذا أن المريض قد يقوم ببساطة بتنفيذ الخطة بدلاً من وضعها وتنفيذها فى الوقت نفسه .

التشتيت : يمكن استخدام التشتيت فى بعض الأحيان عندما تصبح الأفكار غير السارة هى المسيطرة ، وقد تكون هذه الطريقة مناسبة على وجه الخصوص فى فترة مبكرة من العلاج ، قبل أن يكون المرضى قد تعلموا مواجهة أفكارهم السلبية بكفاءة ، ويتضمن التشتيت القيام ببعض الانشطة ، التى توجه الانتباه بعيداً عن المشاعر غير السارة ، مثال ذلك العمل أو التمرينات أو بعض الأساليب المعرفية مثل التخيل أو تذكر خبرات ناجحة .

التدريب التوكيدي والتدريب علي المهارات الاجتماعية : توجد صعوبات حقيقية لدى الكثير من الأشخاص الاكتئابيين فى هذه المجالات ، وهم يشكون من الشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية ، ومن المفيد تقييم ما إذا كانت هذه الصعوبات سابقة على النوبات الاكتئابية ، أو أنها تتباين مع الاكتئاب ، ومن الأمور المهمة : التدريب . على كيفية اقامة صلات اجتماعية ، وبدء المناقشة مع الآخرين ، والمحافظة على استمرارها ، وعدم إمعان المرء التفكير فى المشكلات الشخصية ، وأن يتدرب على أن يكون مستمعاً جيداً، كل ذلك بهدف تطوير الصداقات والحفاظ عليها ، ولمزيد من المناقشات لهذا المنحنى، انظر Spence (الفصلان ١١ ، ١٢) .

التدخـــل الزواجـــى

يتوفر دليل (Oleary and Beach , 1990) على أنه حيثما توجد مشكلات زوجية ، وأن أحد الشريكين أصبح مكتئباً ، فإن العلاج الزواجى السلوكى قد يجدر تطبيقه بداية ، طالما يمكن أن يحسن كلاً من الرضا الزواجى والاكتئاب ، وفى المرات التى استخدم فيها العلاج المعرفى السلوكى فى الدراسة المشار إليها فيما سبق ، كان مفيداً فى علاج الاكتئاب فقط .

كفاءة المعالج

يعد مقياس العلاج المعرفى [1] (CTS , Young and Beck , 1990) مقياساً لكفاءة المعالج ويمكن استخدامه لتلخيص المتطلبات اللازمة لعلاج معرفى جيد ، ويتضمن ملحق كتاب فريمان وزملائه Freeman et al., (1990) صورة معدلة من مقياس العلاج المعرفى ، وقد طور المقياس بهدف استخدامه فى تدريب وتقييم المعالجين المعرفيين ، وهو يوفر خطوطاً عريضة لتقدير البنود التالية : وضع جدول أعمال الجلسة (المشكلات المستهدفة والمناسبة للمناقشة خلال الوقت المتاح) رد الفعل (استجابة المريض) ؛ لتقرير مقدار ما فهمه المريض ومدى رضائه عن الجلسة ، وفهم ما يقوله المريض ويشعر به ، والتفاعل فى هذا الفهم مع المريض ، المهارات الشخصية ، مشاركة المعالج فيما ينصح المريض للقيام بدور نشط فيه أثناء الجلسة ، الاستخدام الكفؤ لوقت الجلسة . كما يتضمن مقياس العلاج المعرفى أيضاً بنوداً تشير إلى الاكتشاف الموجه (٢) ، وحيث لا يقوم المعالج بمحاضرة المريض بل بتشجيعه على مواجهة الأفكار السلبية ، وتقديم حلول بدلاً من التركيز على المعارف الأساسية ، وبذلك يتمكن المعالج والمريض من تحديد الأفكار أو العناصر المعرفية الأساسية ، التى تكون مسئولة عن مستوى الكدر الذى ذكره المريض . مثال ذلك إذا وصف مريض شعوراً عميقاً بعدم السعادة بعد مشاجرة مع زوجته ، وعزى هذا الشعور الى فكرة أنه لايجب أن يخسر فى مناقشة ، فعلى المعالج أن يسأله كيف يمكن أن يجعله ذلك غير سعيد إلى هذا الحد. وقد يؤدى ذلك إلى إدراك أن الفكرة الجوهرية هى أن زواجهما قد انتهى أمره بالفعل .

وتتضمن بعض الاعتبارات الأخرى فى العلاج الفعال تطبيق المعالج لسياسة متماسكة سواء فى بنية الموقف أو بين الجلسات التالية بهدف تغيير سلوك المريض.

---

(1) The Cognitive Therapy Scale (CTS)
(2) Guided discovery .

نقص مهارات المريض : قد تتطلب بعض المهام مثل إقامة صلات اجتماعية أو معالجة مشكلة مالية ، أو التعامل مع زميل صعب المراس ، سلسلة من الأعمال الماهرة ، قد يكون المريض معوقا فيها ، ويمكن هنا استخدام أساليب لعب الأدوار والتعليم والتمثيل التجريبى (البروفة) ، وهى أساليب ضرورية لكى يطور المريض المهارات اللازمة لأداء المهام .

نقص الدافعية : يحتاج الأمر فى حالة المرضى شديدى الاكتئاب لوضع قائمة الأنشطة فى الوقت نفسه ، الذى يتدربون فيه على تنمية الدافعية الذاتية والمهام المتدرجة ، وتتضمن تنمية الدافعية الذاتية وضع أهداف واضحة وتحديد مجموعة من الأعمال ينتهى الامر بانجازها ، وقد يحدث أحياناً فى حالة الدافعية المنخفضة خوف من النتائج المترتبة على الأعمال ، التى كُلف بها المريض ، أو صدور تعبير غير مباشر منه يعبر به عن امتعاضه . وتساعد العقاقير المضادة للاكتئاب على تحريك المرضى ، لتخطى حالة التبلد واللامبالاة ، وقد تساعدهم أيضاً على تحقيق تغير معرفى .

محاولة تحقيق تقدم سريع للغاية : قد يجد المعالج الذى يشدد الضغط على المريض أن هذا الأخير يفشل فى الإصغاء ، كما يجده مقاومًا للعمل فى الواجبات ، أو تتعرض العلاقة المشتركة بينهما للفساد . وقد يكون المرضى أنفسهم فى عجلة من أمرهم للتحسن ، وأحد المؤشرات التى يقترحها فريمان وزملاؤه (Freeman et al. (1990 هى تقدير مستوى القلق لدى المريض ، خلال مناقشته أو عمله فى الواجب المنزلى ، وإذا شعروا بدرجة عالية من القلق فستكون المهمة شديدة الصعوبة .

الانشغال بالأمور المترتبة على التغير : مثال ذلك أن بعض المرضى قد يخشون أنهم ، إذا خفضوا من معاييرهم للكمال فسيصبحون عاديين أو سيفشلون .

الحدود الخارجية للتغير : أحيانا ما تعكس حدود التغير مشكلات ، سبق تناولها فى جلسة التقييم الاولية مثل إدمان المخدرات أو الكحول أو المشكلات الشخصية المزمنة .

المشكلات الخفية في شخص المعالج : حيثما تكشف مشكلات المريض عن اتجاهات غير سوية يشاركه فيها المعالج ، ستكون هناك دائماً صعوبات فى تحقيق التقدم نتيجة لذلك . وأحياناً ما تكون استجابة المعالج الانفعالية للإحباط من بطء التقدم ، أو سخطه على المريض ، أو شعوره بالذنب لعدم تمكنه من مساعدة المريض بأكثر من ذلك ، من الامور التى تمثل مشكلة ، إن اعتراف المرء بحدوده الشخصية مفيد بالقدر نفسه الذى يكون عليه الإقرار بأن نقص التحسن غالباً مالا يكون خطئا من المعالج أو من المريض ، ومن الأمور المبررة أن يتشاور المعالج فى مثل هذه الحالات مع زميل ذى خبره وموضع ثقة .

التدريب على العلاج المعرفى

كما سبق الإشارة الى ذلك ، فإن التدريب على العلاج المعرفى ليس دائماً من الأمور البسيطة و الميسورة ، وإمكان الحصول على تدريب نظامى محدود للغاية . وعلى أولئك الذين يريدون الحصول على تدريب على هذه الطريقة ان يختاروا بعضًا من القراءات التمهيدية المشار إليها هنا ، ويراجعوا الكثير من أشرطة الفيديو و أشرطة التسجيل المتاحة الآن ، وأن يشاركوا فى ورش العمل ،أو حلقات البحث التى يعقدها ممارسون من أصحاب الخبرة ، وينصح بالحصول على إشراف فردى ،أو ضمن مجموعة ، من معالج معرفى ذى خبرة . ويمكن لمجموعات الإشراف على الزملاء المؤهلين المهتمين بالعلاج المعرفى أن

تكون مفيدة للغاية . وتوجد فى المملكة المتحدة على الأقل أربعة مراكز : فى معهد الطب النفسى فى لندن ، وفى كلية جولد سميث Goldsmith فى أكسفورد ، وفى مستشفى وارنفورد Warnford ، وفى نيو كاسل . حيث تعقد الدورات التدريبية ، ويوجد على امتداد الولايات المتحدة الأمريكية عدد من مراكز العلاج المعرفى ذات روابط بمركز بيك Beck للعلاج المعرفى فى جامعة فيلادلفيا .

مؤشرات الاستجابة للعلاج المعرفى

العوامل المتعلقة بالمريض

وجد فينيل وتيسيدال Fennell and Teasdale (1987) فروقاً بارزة بين المرضى فى استجابتهم للعلاج المعرفى ، خلال أسبوعين من بدئهم للعلاج . وكان هذا الفارق بمثابة منبئ قوى بالنتائج النهائية للعلاج ، وقد تبين أن التحسن الأكمل والأسرع يحدث لدى أولئك الذين أظهروا اكتئاباً من الاكتئاب بمعنى وجود أفكار وتأملات سلبية حول اعراض الاكتئاب . مثال ذلك أن بعض المرضى الاكتئابيون يفسرون نقص الطاقة والمبادأة وضعف أدائهم فى العمل ، باعتباره مؤشرًا على أنهم كسالى وأغبياء أو بلا كفاءة .

وتساعد قراءة كتاب « تعامل مع الاكتئاب» (١) Beck and Grrnberg (1974) المرضى على إدراك أن مشاعرهم المضطربة هى من الأعراض الشائعة للاكتئاب ، وليست علامات على نقص الكفاءة ، وأن الاكتئاب يمكن فهمه باعتباره تعبيرًا عن تفكير سلبى . وأنه يمكن التحكم فيه باستخدام سياسات محددة منطقية وواضحة . ومن المؤكد أن أولئك الذين يستجيبون بسرعة للعلاج ، شعروا أن وصف النموذج المعرفى ، كما هو معروض فى كتاب « تعامل مع الاكتئاب » كان له علاقة على وجه الخصوص بمشكلاتهم، يضاف الى ذلك أن أولئك الذين يتحسنون بسرعة ، يستجيبون بشكل إيجابى لما كلفوا به من واجبات منزلية منذ البداية ، وقد أيد بيرسونز وزملاؤه Pearsons et al. (1988) هذه النتيجة الأخيرة ؛ حيث وجدوا أن أولئك الذين يقومون بالواجبات المنزلية يتحسنون بزيادة قدرها ١٦,٦ درجة على بطارية بيك للاكتئاب ، بينما أولئك الذين لا يتحسنون يحصلون على زيادة قدرها ٢,٤ نقطة فقط . وأهمية الواجبات المنزلية ملحوظة على وجه الخصوص ، عند أولئك الذين تكون درجتهم المبدئية على بطارية بيك للاكتئاب أكبر من ٢٠ درجة . وقد أيد كل من نيمير وفيكس Neimeyer and Feixas (1990) الدور المفيد للواجب المنزلى ، فقد وجدا أن أولئك الذين حددت لهم واجبات منزلية ، كانوا أفضل فى استجابتهم للعلاج ، من أولئك الذين لم يطلب منهم عمل واجب منزلى ، واستمر ذلك حتى نهاية فترة العلاج . ومن المثير للشغف أنه فى نهاية فترة متابعة للمجموعتين استمرت ستة أشهر ، تبين أن الواجب المنزلى لم يؤد لأى فرق ، غير أن أولئك الذين تمكنوا من إتقان أسلوب إعادة تنظيم البنية المعرفية ، كان أداؤهم أفضل . وقد ظهر أن الاضطراب المعرفى كما يقاس «باستبار نمط الأعزاء» (٢) « ومقياس الاتجاهات المضطربة»(٣) « ومقياس فقدان الأمل » (٤) يلعب دورًا وسيطًا فى العلاج المعرفى ، حيث كانت التغييرات على هذه المقاييس منبئة عن التحسن التالى فى العلاج المعرفى . وقد تبين أنها لا تقوم بمجرد التعبير

(1) Coping with Depression
(2) Attributional Style Scale .
(3) Dysfunctional Attitude Scale .
(4) Hopelessness Scale .

التعاطف ، ودفء العلاقة ، والصدق) ذات صلة دالة بالنتائج ، كما لم يكن لجودة العلاقة بين المعالج والمريض صلة بالتنبؤ بالتغيير ، بما يوحى أن العوامل الفنية مهمة للغاية فى العلاج المعرفى ، وفى الدراسة التى قام بها باكهام (1989) Backham لم يكن لتعاطف المعالج ودفء العلاقة والانسجام قيمة تنبؤية بالشفاء على امتداد ست جلسات علاجية . ومع ذلك فإنه يبدو من غير الحكمة أن نستخلص من ذلك أن اشتراطات موقف المعالج غير مهمة ، بل الأحرى أن المعالجين فى هذه الدراسات ربما قدموا مستويات مناسبة من هذه العوامل ، كما أن حدودا دنيا من مستويات الشروط التيسيرية ومن جودة العلاقة تبدو ضرورية للمرضى لمساعدتهم فى الكشف عن مشكلاتهم وللأصرار على مواصلة العلاج ، وبينما يمكن قبول هذه النتيجة الاخيرة من جانب الكثير من المعالجين المعرفيين السلوكيين الحاليين ، إلا أن هناك بعض الدلائل الخادعة ، تشير إلى أن العلاقة بالمعالج يمكن أن تكون غير مهمة ، بالنسبة للمرضى المتطوعين على الاقل . وقد وجد سيلمى وزملاوه (1990) Selmi et al. أن ست جلسات من التفاعل فى علاج معرفى استخدم فيه الكمبيوتر ، كان له التأثير نفسه لدى المرضى المتطوعين ، ممن عولجوا بواسطة معالج فى نهاية هذا البرنامج ، وحتى شهرين من المتابعة ، وكان كل من الموقفين متميزين ، بالمقارنة بمرضى قوائم الأنتظار.

تلقى علاج فعال

نتيجة للانتشار الكبير للاكتئاب ، والعدد المحدود من المعالجين المدربين على التعامل مع المشكلة ، علينا أن نتساءل كيف يمكن القيام بعلاج فعال على نطاق واسع ؟ لقد اصبح التدريب على العلاج المعرفى أكثر انتشارا مما كان عليه منذ سنوات قليلة ماضية ، وبالأخص فى الولايات المتحدة الامريكية ، ويتعين تشجيع هذا الأتجاه ، وبالإضافة إلى العدد المتزايد من المعالجين .. فمن المرغوب فيه بوضوح توفر فرص أكبر لتلقى العلاج ، وقد يتضمن هذا أن يكون المعالجون أكثر انتخابية لمرضاهم وأن يقبلوا فقط اولئك الذين يحتمل أن يستجيبوا ، أو أن يوقفوا العلاج فور أن يبدو واضحاً لهم أنه لا يوجد احتمال لتجاوب حسن ، ويميل الأطباء النفسيون ، والممارسون العامون لتشجيع العلاج الدوائى للمرضى ، الذين توجد لديهم علامات عضوية للاكتئاب (مثل كثرة النوم واضطراب الشهية . إلخ) ، والكثيرون منهم يحولون المرضى الاكتئابيين ممن لديهم مشكلات شخصية ودون علامات عضوية إلى الاخصائيين النفسيين . ومع ذلك يبدو أن هناك القليل من الدعم الموضوعى لكل من هذين النوعين من الممارسة ، ولم يجد جويس وبيكل Joyce and Paykel (1989) أية دلائل على أن وجود أعراض كامنة ينبئ بالاستجابة للعلاج بالعقاقير ، بالاضافة إلى ذلك لا يبدو أن مثل هذه الأعراض تنبئ عن الاستجابة للعلاج المعرفى (Blackburn et al., 1981 , Kavacs et al., 1981 , and Beck et al., 1985)

ويتعين الإشارة إلى أن الدراسات الاخيرة ، مثلها فى ذلك مثل أغلب الدراسات ، التى تستخدم العلاج المعرفى تستعين بالمرضى الخارجيين ، وتستبعد أولئك الذين يعانون من هذاءات أو هلاوس ، بالإضافة الى ذلك فإن إحدى العلامات العضوية المحددة للاكتئاب ، ونعنى بها اضطرابات النوم ، كما تقاس برسام المخ الكهربائى (EEG) تفشل بالمثل فى التنبؤ بالاستجابة للعلاج المعرفى . (Simons and Thasc , 1992). وعلى الرغم من العرف الأكلينيكى السائد حول أى أنواع المرضى الاكتئابيين يستجيب لنوع معين من العلاج ، فإن هناك القليل من البيانات ، التى تتسم بالثبات يمكن أن تكون أساساً للتوصية

بهذا النوع من العلاج أو ذاك . وبينما وجدت تفاعلات بين العوامل المتعلقة بالمريض قبل العلاج ، ونوع العلاج ، إلا أنه لا يوجد إلا القليل من النتائج التى استعيدت حول هذه النقطة . ومن الواضح أن استخدام العلاج الجماعى يسمح للمعالج بتقديم الخدمة للعديد من المرضى . إلا أن بحوثاً أخرى حول الفعالية تبدو ضرورية ، مع وجود دراسات غير متسقة النتائج حول فعالية الأساليب الجماعية ، مقارنة بالعلاج الفردى (Nietgel et al., 1987 , Robinson et al., 1990) ، وراجع القسم التالى حول العلاج الجماعى ؛ للحصول على مناقشة إضافية أخرى مختصرة . كثيراً ما تستخدم المواد المكتوبة فى العلاج المعرفى الفردى ، وقد استخدم بنجاح العلاج بالقراءة [1] بدعم قليل من المعالجين ، وذلك مع المرضى المسنين الذين يعانون من الحالات ، التى تتروح بين الاكتئاب البسيط والمتوسط (Scogin et al., 1987 , 1989) وكان كل من العلاج المعرفى وأسلوب العلاج ذى التوجه السلوكى متعادلين فى تأثيرهما . ويتعين الإشارة إلى بعض المحاذير فالعلاج بالقرأة يعتمد على مستوى معين من التركيز ، والقدرة على القراءة ، والدافعية نحو مساعدة الذات ، وبقدر ارتفاع مستوى تعليم العميل بقدر ما يجد أن هذا الأسلوب مفيدا . ويوصى سكوجين وزملاءه بقيام حد أدنى من الصلة بين المعالج والعميل ، ولا يُوصى بالبرامج التى تستخدم كلها استخداماً ذاتياً لاسباب أخلاقية وعملية ، وقد تساعد البحوث على تحديد المكونات الفعالة للعلاج الناجح، وبالتالى يمكن ابتكار صور مبسطة للعلاج النفسى ، ويحمل هذا الأمر بين طياته الأمل فى أساليب علاج، تتطلب وقتا آقل ، وطرقاً يمكن تعلمها على نطاق أوسع فى المهن الصحية الأخرى ، فى ضوء ندرة المعالجين النفسيين الأكلينيكيين .

تطورات حديثة فى العلاج المعرفى

نشير هنا لعدد من التطورات فى العلاج المعرفى والتى تتطلب بصفة عامة المزيد من البحوث التقيمية قبل قبولها ، غير أنها ضمنت هنا لأنها توحى بسبل واعدة فى التقدم .

الاكتئاب من الاكتئاب

توحى دراسات الحالة الفردية التى أجراها فينيل وتسيدال وزملاؤهما Fennell , Teseadal and Colleagues (اقتباسا من: Fennell and Teseadal , 1987) أن بعض المرضى ذوى الدافعية العالية للعمل المستقل ممن لديهم القدرة على إقامة علاقات علاجية مشتركة ، قد يستفيدون من حزمة علاجية معرفية أكثر قصراً من الحد الأقصى المعتاد الذى يبلغ عشرين جلسة ، وتشير بحوثهم إلى أن من يظهرون اكتئاباً من الاكتئاب أى أولئك الذى يكون انشغالهم متركزاً حول أعراضهم الاكتئابية (اللامبالاة. ومشكلات عدم التركيز ، اضطراب النوم ، مشكلات الضعف المؤقت فى القدرة على حل المشكلات ، ونوبات البكاء ، إلخ) يكون الاحتمال الأكبر هو استفادتهم من مثل هذا العلاج القصير ، ويؤكد فينيل وتسيدال Fennell and Teseadale (1987) أهمية عدم تجاهل العوامل الكامنة ، مثل : عوامل التوتر البيئية المزمنة، أو أفتراض عوامل مرضية كامنة عند تقديم مثل هذا العلاج . وعلى الرغم من ذلك فإنهما يريان أنه مما يمكن النصح به أن يقدم مبدئياً خمس جلسات – مثلا – بأعتبار أن العلاج قد لايكون ملائما لكل المرضى ، وعندما نلاحظ الاستجابة السريعة من خلال الدرجة على بطارية بيك للاكتئاب –مثلا – فإن

---

(1) Bibliotherapry .

١١ مريضاً من ١٦ أنهم « تحسنوا للغاية » أو « أنهم عادوا إلى ذواتهم السوية » ، وعلى أولئك المهتمين بالعلاج المعرفى لهذه النوعية من المرضى الرجوع الى سكوت (Scott , 1988 , 1992) . وهى تؤكد ضرورة اللجوء الى المعالجين ذوى الخبرة فى مثل هذه الحالات ، لأن المعالجين المبتدئين يفقدون مهارتهم وتنخفض معنوياتهم نتيجة للفشل المتكرر لتدخلهم ، ويؤثر مثل هذا الانخفاض فى المعنويات على المريض ويمكن أن يعجل بأزمة .

العلاج المعرفى للمرضى ذوى اضطرابات الشخصية

تتوفر دلائل مستمدة من البرنامج البحثى المشترك لعلاج الاكتئاب ، الذى يقوم به المعهد القومى للصحة العقلية NIMH تشير الى أن المرضى من اصحاب اضطرابات الشخصية يميلون للتحسن بدرجة أكبر، باستخدام العلاج المعرفى السلوكى ، بينما كان أولئك الذين لا يعانون من اضطرابات شخصية إميل للتحسن أكثر بالاساليب العلاجية الأخرى (Shea et al., 1990) . بالإضافة الى ذلك تمكن ميلر وزملاؤه Miller et al. (1985) من تحقيق تحسن جوهرى فى حالات مستعصية لست نساء مكتئبات مقاومات للعلاج الدوائى من اللاتى أدخلن المستشفى للإقامة وعولجن معرفياً مع علاج دوائى استمر على امتداد أربعة أشهر بعد خروجهن من المستشفى ، وقد طور يونج Young(1989) علاجًا معرفيًا للتعامل على وجه الخصوص مع حالات اضطرابات الشخصية والحالات المرضية الصعبة . وأشار إلى أن العلاج المعرفى المعتاد ذى الفترة القصيرة أدى الى سبعة فروض ، تخص المرضى هى :

١ – أنهم يستطيعون التعبير عن مشاعرهم ، غير ان المرضى لفترة طويلة يجدون صعوبة فى ذلك.

٢ – أنهم يستطيعون التعبير عن افكارهم وتصوراتهم بعد قليل من التدريب ، ومرة أخرى فإن الأمر ليس كذلك مع كثير من المرضى .

٣ – هناك مشكلات تقبل التحديد يتم التركيز عليها والاهتمام بها ، غير أن الحالات الصعبة من المرضى لديهم مشكلات غامضة ، أو غير واضحة ، وانزعاج عام دون عامل مباشر يستثيره .

٤ – أنهم يشجعون على إنجاز الواجبات المنزلية ، التى توكل اليهم ، وتعلم أساليب السيطرة على النفس ، إلا أن بعض المرضى يظهرون قدراً كبيراً من الاعتماد على المعالج ، ويقاومون مساعدة أنفسهم .

٥ – هناك علاقة مشتركة وتعاونية ، إلا أن بعض المرضى يحاولون – من ناحية أخرى – جاهدين جعل المعالج يحقق لهم احتياجاتهم ، أو يكونوا غير متعاونين أو عدوانيين بدرجة تجعلهم غير مشاركين .

٦ – لا تعد الصعوبات فى العلاقة العلاجية قضية كبرى ، على الرغم من أن المشكلة فى جوهرها تفاعلية فى بعض الاحيان ، كما أن التعامل مع العلاقة العلاجية بوصفها موضوعا محورياً للاهتمام ، يمكن أن يكون مفيداً .

٧ – يمكن تعديل كل العناصر المعرفية وأشكال السلوك من خلال التحليل التجريبى والمنطق ، والتجريب والممارسة التدريجية ، إلا أن بعض المرضى المزمنين لا يتغيرون ، على الرغم من هذه الأساليب .

وغالباً ما يوجد فى اضطرابات الشخصية تصلب متطرف فى التفكير والسلوك ، وربما يحدث تجنب لبعض الأفكار ذات الطابع الوجدانى والمشاعر بواسطة التشريط التنفيرى ، كما توجد دائمًا مشكلات تفاعلية بعيدة المدى .

تقييم المنظومات غير التوافقية المبكرة (١)

يشير يونج Young (1989) إلى أن المنظومات غير التوافقية المبكرة (EMSs) مسئولة عن هذه الانماط ، وأن الخطوة الاولى هى تحديد ما يخص المريض منها ، وينظر إلى هذه المنظومات بوصفها مستقرة بصوره متطرفة ، وأنها أنماط تفكير تتصف بالديمومة وتتطور خلال مرحلة الطفولة . وتعمل بوصفها تعبيراً عن عمليات التفكير فى الخبرة التالية . أما بيك فيرى أن المنظومات السلبية مسئولة عن الاكتئاب ، إلا أنه لا يعطى لها الكثير من الاهتمام فى العلاج المعرفى القصير ، وكما سبق أن أشرنا فى هذا الفصل .. فإن التحسن فى العلاج فى الحالات الواضحة للاكتئاب غالبًا ما يظهر خلال عدد قليل فقط من الجلسات .

ويعتبر يونج أن منظومات سوء التوافق المبكرة EMSs ذات قابلية كبيرة لعدم التشريط ، كما أنها أكثر تصلباً من الفروض الكامنة التى وصفها بيك . وتأخذ الفروض الكامنة الصورة الآتية « إذا كان من الممكن أن أحقق الكمال ، إذاً فأنا جدير بذلك » ومع ذلك فإن إحدى منظومات عدم التوافق المبكرة يمكن أن تأخذ الصورة الآتية « دون اعتبار لما افعله فإننى شخص عاجز ، لا أحب ، قمئ ، سأهجر وسأعاقب » . وينظر يونج أيضاً إلى منظومات سوء التوافق المبكرة باعتبارها أكثر مقاومة للتغيير من الفروض الكامنة طالما أنها تشكل دائماً جوهر مفهوم الشخص عن ذاته . وقد صنف يونج أصحاب منظومات سوء التوافق المبكرة فى اربع فئات: الاستقلال (٢) ، والارتباط (٣) (بأشخاص آخرين) ، والحدود والمعايير (٤) ، والجدارة (٥) . واستخدم يونج إستبار لازاروس ، تاريخ نماذج الحياة المتعددة (٦) (Lazarus , 1980) وإستبار المنظومات (Young , 1989) للمساعد فى تحديد المنظومات غير التوافقية المبكرة . ومن خلال السعى للبحث فى أحداث الحياة والأعراض المرضية ، يحاول المعالج تحديد المنظومات المتعلقة بالاستقلال والارتباط والجدارة والتوقعات المعقولة والحدود الواقعية . ويتم تعليم المرضى منظوماتهم ، ويحاول المعالج خلال الجلسة إثارة هذه المنظومات ، التى يفترض أنها تتضمن مشكلة ، وقد يطلب من المرضى أن يغلقوا عيونهم ، ويذكروا أية صورة ذهنية تخطر لهم تلقائياً ، وقد يطلب منهم أن يذكروا الأحداث الحالية المثيرة للاسى ، أو أن يناقشوا الخبرات الماضية المحزنة ، ويمنح المعالج العلاقة العلاجية اهتماماً شديداً ؛ حتى

(1) Early Maladaptive Schems (EMSs)
(2) Autonomy .
(3) Connectedness (relating to other people) .
(4) Limits and Standards .
(5) Worthiness .
(6) Multimodal life History Questionnaire .

ويُشجع المرضى على تغيير الأنماط السلوكية القائمة منذ فترة طويلة ، والتى تعزز المنظومات ويجب العمل حتى على تغيير بيئة المريض ، بالعمل مع زوج المريض مثلا فى العلاج المشترك ، ويجب تشجيع عقد صداقات جديدة ، أو الانخراط فى هوايات جديدة وأخيراً وجد يونج أن العلاج المساعد باستخدام الدواء قد يكون مفيدا فى خفض الاكتئاب أو القلق بالقدر ، الذى يسمح للمرضى بتلقى العلاج المتمركز حول المنظومات .

وباختصار فإن علاج يونج Young (1989) المعرفى المتمركز حول المنظومات يمتد بالعلاج المعرفى ؛ لكى يتعامل مع الحالات المرضية الصعبة ذات التاريخ الطويل من اضطرابات الشخصية ، وأولئك الذين يعانون من قلق أو اكتئاب مزمن ، وهو يختلف عن العلاج المعرفى قصير المدى فى الآتى :

هناك قدر أكبر من المواجهة وقدر أقل من الاستكشاف الموجه . وتستخدم العلاقة العلاجية بقدر أكبر لتشجيع التغير ، وتطول فترة العلاج ، ويكون مستوى الانفعالات أكبر ، والتعامل مع التجنب المعرفى والسلوكى أكثر أهمية ، وتستخدم أساليب إحياء المصادر الطفلية للمنظومات والانفعالات الجشطالتية ، وينتظر توفر تقييم منهجى للحكم على فعالية هذه الطريقة .

الاكتئاب لدى الضحايا الراشدين ممن تعرضوا للانتهاك الجنسى فى الطفولة

تتوفر تقارير حول معدلات انتشار عالية للغاية لاضطرابات المزاج والمشكلات التفاعلية والاضطراب الجنسى ، لدى النساء اللاتى سبق تعرضهن لانتهاك جنسى ممن طلبن العلاج ، ويذكر جيهو Jehu (1988) بشكل تفصيلى عدداً من اساليب العلاج السلوكى المعرفى ، بينما يقدم كاهيل وزملاؤه Ca-hill et al. (1991) مراجعة لأساليب علاج هذه الفئة . ويلخص القسم التالى بتوسع الخطوط العريضة، التى وصفها جيهو للتعامل مع اضطرابات المزاج ، التى تصاحب عادة مثل هذا الانتهاك . وتعتمد هذه الاساليب على الخبرة الاكلينيكية وعلى التقارير المنشورة ، أكثر من اعتمادها على تقييم يتسم بالضبط ، ويتعين وضع ذلك فى الاعتبار . تبين أنه من الشائع بالنسبة لهؤلاء المرضى المعاناة من تأنيب الذات بسبب هذا الانتهاك ، وجرح الذات القهرى ، والغضب ، وروح الانتقام نحو المعتدى ، ومشاعر العدوان والاحساس بخيانة الوالدين ، الذين لم يقوموا بحمايتهن من الانتهاك ، أو الذين كانوا هم انفسهم المنتهكين لهن . ويرتبط الكشف عن التعرض للانتهاك غالبا باحساس عميق بالخزى والعار ، وخوف يرتبط بالتعرض لرفض المعالج . وقد يكون وجود إناث معالجات مهمًا على وجه الخصوص للنساء والفتيات ، اللاتى تعرضن للانتهاك الجنسى . ومن الضرورى الحصول على قبول ومساندة المعالج . كما أنه من الضرورى أن يكون متعاطفا ومتوحدا مع مشاعر الضحية فى احساسها بالمسئولية عن ذلك ، وبالتالى مذنبة فى هذا الانتهاك، ومن المهم أيضاً تقدير الخبرة العامة لمشاعر الحب والولاء الايجابية لدى الضحية، بالقدر نفسه من الغضب نحو المعتدى عندما يكون أحد أفراد الأسرة . وعادة ما يعانى الضحايا من تذكر هذه الخبرة ، ومن ردود الفعل غير المترابطة والنفور الجنسى . ومن المهم أن يقدر المعالج هذه المشكلات التى تبدو للضحايا مغربة ويفسرنها على أنها مؤشرات لتعرضهن للجنون ويوضح لهن أنها عواقب شائعة للانتهاك، ويساعد المعالج الضحية على إدراك هذا المعنى لهذه الخبرات .

ومبادئ مثل هذا العلاج هى أساسا كما سبق وصفه ، عند عرض طريقة بيك للعلاج المعرفى ، على الرغم من أن الافكار غير التوافقية لها سياقات نوعية محددة ، نعرضها فيما يلى :

أمثله للتشويه أو الافكار غير التوافقية لدى ضحايا الانتهاك الجنسى

الإفراط في التعميم : « لا أستطيع الثقة فى أن المعالج (الذكر) لن يسلك معى بطريقة جنسية » ، « كل هؤلاء الرجال شغوفين بعلاقة جنسية » ، « أنا ضعيفة ، وشخصية غير مناسبة لاننى لم أتمكن من تجاوز خبرة الانتهاك » متجاهلة كل المجالات الاخرى فى الحياة التى كان اداؤها فيها جيدا .

عدم تقديم الإيجابيات : « عندما يمتدحنى أحد الرجال فإن كل ما يريده هو الجنس »

القفز إلي النتائج: (أو الاستنتاج العشوائى) : « ستتجنبنى صديقاتى إذا عرفن أننى تعرضت للانتهاك » .

التضخيم : « لن أكون قادرة أبدا على توجيه حياتى بطريقة سوية ، فالتلف دائم » .

سوء الإعزاء: « لابد أننى كنت مسئولة عن الجنس ، عندما كنت طفلة ؛ لأننى لم أجبر على ذلك وقد استمر الأمر معى فترة طويلة » .

تعبيرات التمني : « كنت أتمنى أن أعرف أفضل من ذلك بدلاً من ذهابى إلى غرفته » .

وهناك طريقة أخرى لتصنيف هذه الأفكار هى صياغتها بتعبيرات سياقاتها . وقد قسمها جيهو Jehu إلى تأنيب الذات ، التشويه الذاتى للمعتقدات ، وتتضمن هذه الاخيرة معتقدات الشخص الذاتية حول مسئوليته عن ما حدث له ، الإذعان السلبى وإخفاء الأمر عن الاخرين وقد فسر لدى ٨٠ فى المئة من عينة جيهو على أنه دليل على المسئولية الشخصية ، كما كانت الغالبية تفكر أيضًا فى الأمر على أنهن اغتصبن جنسياً عندما كن أطفالا ، وكانت ذكرياتهن عن المتعة الجنسية أثناء انتهاكهن مصدراً دائماً للشعور العميق بالذنب . ودائماً ما تحمل الضحية معتقدات معينة تبرئ المعتدى ، أو تلتمس له الأعذار عن مسئوليته . مثال ذلك أن المعتدى كان مريضًا ، وأن الافعال كانت لتعزيز العلاقة بين المعتدى والضحية، وأنها كانت جزءاً من محاولة لجعلها شريكة جنسية أفضل عندما تكبر . وتتضمن المعتقدات المشوهة جنسياً اعتقاد الضحايا أنهن بلا قيمة و أنهن سيئات (قررت ذلك ٨٠ فى المئة من عينة جيهو) بما يجعلهن مختلفات اختلافا بيناً عن الأخريات ، ويجعلهن مرفوضات من الآخرين نتيجة للانتهاك ، وبما يجعلهن غير مناسبات أو بلا فائدة ، أو أن عليهن أن يقللن من حقوقهن نحو الرجال . ويدعو جيهو لطريقة لإعادة تشكيل البنية المعرفية ؛ حيث تعرض أولا العلاقة بين المعتقدات والمشاعر بالطريقة ، التى سبق شرحها ، ثم تحدد بعد ذلك المعتقدات الخاصة التى تعزى اليها اضطرابات المزاج ، من خلال الاسئلة والاستدعاء البعيد ، ولعب الأدوار ، والتخيل ، وتسجيل اليوميات ، وباستخدام بطارية المعتقدات (Jehu et al., 1986) . لقياس بعض المعتقدات الشائعة المشوهة المتعلقة بالانتهاك الجنسى للأطفال يكشف المعالج مع الضحية بعض المعتقدات الصحيحة والواقعية الاخرى كبدائل لتلك المعتقدات المشوهة وغير التوافقية .

and Foster (1991) المؤشرات التالية على محاولة الانتحار : وجود محاولة سابقة للانتحار ، اضطراب فى الشخصية ، تعاطى كمية من الكحول تزيد عن ٢١ وحدة فى الأسبوع بالنسبة للذكور ، ١٤ وحدة بالنسبة للإناث ، الحصول على علاج طبى نفسى سابق ، التعطل عن العمل ، المستوى الاجتماعى منخفض ، تعاطى المخدرات ، وجود سجل اجرامى ، تعرض للعنف أو ممارسة له خلال السنوات الخمس السابقة ، العمر بين ٢٥ ، ٤٥ ، عدم الزواج ، الترمل أو الطلاق . وكل من لديهم ثلاثة أو أقل من ثلاثة من هذه العوامل يصل معدل تكرار محاولتهم للانتحار إلى ٤,٩ فى المئة ، ومعدل من لديهم ٤ إلى ٧ عوامل هو ٢٠,٥ فى المئة ، وكان معدل أصحاب الدرجات التى تزيد عن ٨ هو ٤١,٥ فى المئة ، وقد ناقش ماكلويد وزملاؤه Macleod et al. (1992) . وبيك وزملاؤه Beck et al . (1974) بعض العوامل المهمة فى تقييم نية الانتحار ، بعد محاولة سابقة على الانتحار ، واستخلصوا النتائج التالية :

العوامل الخارجية : ما مقدار عزلة الشخص فى وقت المحاولة ؟ هل كان التدخل محتملا ام غير محتمل ؟ هل اتخذت أية احتياطات لمواجهة اكتشاف النية ؟ هل بحث الشخص عن المساعدة أثناء المحاولة أو بعدها ؟ هل قام الشخص بتصرف نهائى يبين أنه سيموت ؟ هل كتب الشخص رسالة قبل موته؟

التقرير الذاتي : هل يعتقد الشخص أن ما فعله سيقتله ؟ هل قال الشخص إنه يريد أن يموت؟ ما مقدار تعمد ارتكاب الفعل ؟ هل الشخص آسف أم مسرور أنه عوفى ؟

وقد ناقش ماكلويد وآخرون Macleod et al. (1992) بعض العوامل النفسية المرتبطة ذات الاحتمالية المتزايدة بمحاولة الانتحار ، مثل الضعف فى حل المشكلات التفاعلية ، وفقدان الامل فى المستقبل ، والفشل فى تنظيم الشخص لاستجاباته الفعالة . وقد ضمن فريمان وزملاؤه Freeman et al. (1990) مقياسا الافكار الانتحارية [1] (SSI ; Beck et al., 1979 a) ومقياساً لفقدان الامل [2] Beck et al. (1975) فى ملحق كتابهم ، وانظر أيضاً للمراجعة Appleby (1992) .

وهناك أسلوب يعرف باسم علاج لينهان Linhan الجدلى السلوكى [3] ، وهو علاج متعدد المكونات، ظهرت له نتائج مشجعه فى خفض السلوك الانتحارى لدى المرضى الحديين ، ممن لديهم اضطرابات شخصية . غير أن وصف هذا الأسلوب يخرج عن إطار هذا الفصل ، إلا أنه يمكن إحالة القراء المهتمين إلى لينهان وزملاؤه Linhan et al. (1991) .

خطر الانتحار ومسئولية المعالج

على المعالج أن يقيّم بعناية خطر الإقدام على الانتحار (مثال ذلك : Kreitman and Foster , 1991 ; Freeman et al., 1990 ; Macleod et al., 1992) وينصح المعالجون بمناقشة التقدم فى إمساكهم لزمام أمور مرضاهم ذوى الاكتئاب الخطير مع الزملاء المهنيين الاخرين ، طالما أن الأدوية والرعاية الداخلية فى المستشفى قد تكون من الأمور الضرورية .

(1) Scale for Suicidal Ideation (SSI)
(2) Hopelesseness Scale
(3) Dialectical Behaviuor Therapy .

مؤشرات لإدارة العلاج مع المرضى الاكتئابيين

١ – يجب أن يركز الفحص على التحليل الوظيفى (الفصل الاول) لتحديد العوامل ، التى تؤثر على الظهور اليومى للمزاج الاكتئابى والسلوك الاكتئابى .

٢ – قد يمثل تسجيل قوائم بالأنشطة اليومية ميزة إضافية الى ذلك ، ولكنها ستحدد أيضاً ما إذا كان المرضى قد وصفوا أنشطتهم اليومية واستمتاعهم بها ، واحساسهم بالإنجاز وصفا صحيحاً أم لا .

٣ – على المعالج ان يقيّم إذا ما كان التدريب على المهارات التوكيدية أو المهارات الأجتماعية الأخرى مرغوباً أم لا ؟

٤ – قد تكون بعض المشكلات النفسية الاخرى ، مثل : القلق العام والخوف من الاماكن المفتوحة بمثابة مصادر خفض لتعزيز السلوك غير الاكتئابى لذا يمكن أن تكون لها الاولوية فى العلاج .

٥ – قد تشير درجة شدة تكدر المريض لضرورة استخدام إجراءات التشتيت ، وبرمجة الأنشطة اليومية ، أو جلسات الأنشطة اليومية ، منذ البداية ، أو عدم ضرورتها .

٦ – قد يبرهن بعض المرضى الاكتئابين على صعوبة علاجهم (انظر مؤشرات الاستجابة للعلاج ص١٤٥).

٧ – هناك بعض المقاييس الخاصة لمستوى اكتئاب المريض ، يتعين تسجيل نتائجها فى كل جلسة علاجية ، وانخفاض درجات هذه المقاييس إلى أدنى مستوى ، قد يكون هو الهدف الاساسى من العلاج .

٨ – غالبا ما يكون المنحى الذى يستخدم مكونات من كل من العلاج المعرفى والسلوكى مناسباً .

٩ – قد يكون من الضرورى الموافقة مبدئياً على عدد محدود من الجلسات ، خمسة مثلاً .

١٠– يتعين وضع تمييز بين الانفعالات والأفكار ، وأن يفهمه المريض والذى يمكن اعطاؤه كتيبًا اوليًا لقراءاته (Beck and Greenberg , 1974) ؛ ليوضح له الأفكار السلبية ودورها فى الاكتئاب ، وخطوات العلاج المعرفى .

١١ – يجب توضيح تاثير الأفكار على الانفعالات ، كما يتعين تسجيل هذا التاثير (جدول ١ – ٦) .

١٢ – يجب مناقشة العلاج مع المريض باعتباره عملاً مشتركًا ، ويتعين تشجيع المرضى على عرض المشكلات ، التى تكدرهم حديثاً لوضع أهداف العلاج ولتقديم الأسئلة حول ملاحظات المعالج .

١٣ – يجب وضع جدول أعمال لكل جلسة ، بالتعاون مع المريض عند بداية الجلسة .

١٤ – يجب أن تتضمن بنود جدول الأعمال ردود فعل المريض (العائد أو الأستجابة) للامور ، التى نوُقشت فى الجلسات السابقة (هل فهم المريض وتقبل ما تمت مناقشته ؟) ومناقشة الواجبات المنزلية مثل قوائم النشاط ، وتسجيل الأفكار السلبية .

١٥ – يتعين مناقشة وتوضيح كيفية تحديد الاخطاء فى التفكير ، وطرق مواجهة الأفكار السلبية (جدول ٢– ٦) ، وعلى المريض والمعالج أن يبحثا طرق مواجهة وخفض الكدر المصاحب للأفكار السلبية .

References

Appleby, L. (1992) 'Suicide in psychiatric patients: risk and prevention', *British Journal of Psychiatry* 161: 749–58.

Barber, J. P. and DeRubeis, R. J. (1989) 'On second thoughts: Where the action is in cognitive therapy for depression', *Cognitive Therapy and Research* 13: 441–57.

Beck, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International Universities Press.

Beck, A. T. (1990) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, New York: Guilford.

Beck, A. T. and Greenberg, R. L. (1974) *Coping with depression*, New York: Institute for Rational Living.

Beck, A. T., Kovacs, M. and Weissman, M. (1975) 'Hopelessness and suicidal behavior: an overview', *Journal of the American Medical Association* 234: 1146–9.

Beck, A. T., Kovacs, J. and Weissman, M. (1979a) 'Assessment of suicidal ideation: The Scale of Suicidal Ideation', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47: 343–52.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, G. (1979b) *Cognitive Therapy of Depression*, New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Schuyler, D. and Herman, J. (1974) 'Development of suicidal intent scales', in A. T. Beck, H. L. P. Resnick and D. J. Lettieri (eds) *The Prediction Suicide*, Maryland: Charles Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M. and Garrison, B. E. (1985) 'Hopelessness and eventual suicide: A ten-year prospective study of patients hospitalized for suicidal ideation', *American Journal of Psychiatry* 142: 559–63.

Beckham, E. E. (1989) 'Improvement after evaluation in psychotherapy of depression: Evidence of a placebo effect?', *Journal of Clinical Psychology* 45(6): 945–50.

Blackburn, I. M., Bishop, S., Glen, I. M., Whalley, L. J. and Christie, J. E. (1981) 'The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination', *British Journal of Psychiatry* 139.

Blackburn, I. M., Eunson, K. M. and Bishop, S. (1986) 'A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both', *Journal of Affective Disorders* 10: 67–75.

Bowers, W. A. (1990) 'Treatment of depressed in-patients: Cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone', *British Journal of Psychiatry* 156: 73–8.

Boyd, J. H. and Weissman, M. M. (1981) 'Epidemiology of affective disorders', *Archives of General Psychiatry* 38: 1039–46.

Burns, D. D. (1980) *Feeling Good: the new mood therapy*, New York: William Morrow.

Cahill, C., Llewelyn, S. P. and Pearson, C. (1991) 'Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: a review', *British Journal of Clinical Psychology* 30: 1–12.

Clayton, P. J. (1984) 'Overview of recurrent mood disorders: Definitions and natural course', paper presented at the National Institute of Mental Health Consensus Develop- ment Conference, Washington, DC.

Davis, J. M. (1976) 'Overview: maintenance therapy in psychiatry: II. Affective disorders', *American Journal of Psychiatry* 133: 1–14.

de Jong, Treiber and Henrich (1986) 'Effectiveness of two psychological treatments for inpatients with severe and chronic depressions', *Cognitive Therapy and Research* 10(6): 645–63.

DeRubeis, R. J. and Beck, A. T. (1988) 'Cognitive Therapy', in K. S. Dobson (ed.) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, New York: Guilford.

DeRubeis, R. J. and Feeley, M. (1990) 'Determinants of change in cognitive therapy for depression', *Cognitive Therapy and Research* 14(5): 469–82.

DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Hollon, S. D., Garvey, M. J., Grove, W. M. and Tuason, V. B. (1990) 'How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58(6): 862–9.

Dobson, K. S. (1989) 'A Meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57(3): 414–19.

Dobson, K. S., Shaw, B. F. and Vallis, T. M. (1985) 'Reliability of a measure of the quality of cognitive therapy', *British Journal of Clinical Psychology* 24: 295–300.

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J. and Parlott, M. B. (1989) 'NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: 1 General effectiveness of treatments', Archives of General Psychiatry 46: 971–82.

Emery, G. (1981) *A New Beginning: How You Can Change Your Life Through Cognitive Therapy*, New York: Simon & Schuster.

Fennell, M. J. V. (1989) 'Depression', in K. Hawton, P. M. Salkowskis, J. M. Kirk and D. M. Clark (eds) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A practical guide*, Oxford: Oxford Medical (Ch .6)

Fennell, M. J. V. and Teasdale, J. D. (1982) 'Cognitive therapy with chronic, drug- refractory depressed out-patients: a note of caution', *Cognitive Therapy and Research* 6 (4): 455–60.

Fennell, M. J. V. and Teasdale, J. D. (1987) 'Cognitive therapy for depression: individual differences and the process of change', *Cognitive Therapy and Research* 11(2): 253–71.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. and Simon, K. M. (1990) *Clinical applications of cognitive therapy*, New York: Plenum.

Gil, E. M. (1984) *Outgrowing the Pain: a book for and about adults abused as children, 2nd edn*, San Francisco: Launch.

Gotlib, I. H. and Hammen, C. L. (1992) *Psychological Aspects of Depression: towards a cognitive-interpersonal integration*, Chichester, Wiley.

Haaga, D. A. F., Dyck, M. J. and Ernst, D. (1991) 'Empirical status of Cognitive Theory of Depression', *Psychological Bulletin* 110(2): 215–36.

Hollon, S. D. (1981) 'Comparisons and combinations with alternative approaches', in L. P. Rehm (ed.) *Behavior Therapy for Depression: Present status and Future Directions*, New York: Academic Press.

Hollon, S. D. and Beck, A. T. (1978) 'Psychotherapy and drug therapy: comparison and combinations', in S. L. Garfield and A. E. Bergin (eds) *The Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 2nd edn* New York: Wiley.

Hollon, S. D. and Beck, A. T. (1979) 'Cognitive therapy for depression', in P. C. Kendall and S. D. Hollon (eds) *Cognitive Behavioral Interventions: Theory, Research and Procedures*, New York: Academic Press.

Hollon, S. D., Evans, M. D., Auerbach, A., DeRubeis, R. J., Elkin, I., Lowery, A., Tuason, V. B., Kriss, M. and Piasecki, J. (1985) 'Development of a system of rating therapies for depression', unpublished manuscript, University of Minnesota and St. Paul–Ramsay Medical Center, Minneapolis-St. Paul, Minn.

Hollon, S. D. and Najavits, L. (1988) 'Review of empirical studies on cognitive therapy', in A. Tasman, R. Hales, and A. Frances (eds) *Review of Psychiatry* 7: 643–666.

Hollon, S. D., Shelton, R. C. and Loosen, P. T. (1991) 'Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59(1): 88–99.

Imber, S. D., Pilkonis, P. A., Sotsky, S. M., Elkin, I., Watkins, J. T., Collins, J. F., Shea, M. T., Leber, W. R. and Glass, D. R. (1990) 'Mode-specific effects among three treatments for depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 352–59.

Jehu, D. (1988) *Beyond Sexual Abuse: Therapy with women who were childhood victims*, Chichester: Wiley.

Jehu, Klassan and Gazan (1986) 'Cognitive restructuring of distorted beliefs associated with childhood sexual abuse', in J. Gripton and M. Valentich (eds), *Social Work Practice in Sexual Problems*, New York: Haworth.

Joyce, P. R. and Paykel, E. S. (1989) 'Predictors of drug response in depression', *Archives of General Psychiatry* 46: 89–99.

Kelly, D. (1982) 'Leucotomy', in E. Paykel, (ed.) *Handbook of Affective Disorders*, London: Churchill Livingstone.

Rush, A. J. and Shaw, B. F. (1983) 'Failures in treating depression by cognitive behavior therapy', in E. B. Foa and P. M. G. Emmelkamp (eds) *Failures in Behavior Therapy*, New York: Wiley.

Schon, M. (1976) 'Prophylactic and maintenance therapy in permanent affective disorders', in D. M. Galland and G. M. Simpson (eds) *Depression: Behavioral, Biochemical, Diagnostic and Treatment Concepts*, New York: Spectrum Publications.

Scogin, F., Hamblin, D. and Beutler, L. E. (1987) 'Bibliotherapy for depressed older adults: a self-help alternative', *The Gerontologist* 27: 383–7.

Scogin, F., Jamison, C. and Gochneaur, K. (1989) 'Comparative efficacy of cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 3: 403–7.

Scott, J. (1988) 'Cognitive therapy with depressed in-patients', in W. Dryden and P. Trower (eds) *Developments in Cognitive Psychotherapy*, London: Sage.

Scott, J. (1992) 'Chronic depression: can cognitive therapy succeed when other treatments fail?' *Behavioural Psychotherapy* 20: 25–36.

Scott, M. J. and Stradling, S. G. (1990) 'Group cognitive therapy for depression produces clinical significant reliable change in community-based settings', *Behavioural Psychotherapy* 18(1): 1–19.

Selmi, P. M., Klein, M. H., Greist, J. H., Sorrell, S. P. and Erdman, H. P. (1990) 'Computer-administered cognitive-behavioral therapy for depression', *American Journal of Psychiatry* 147(1): 51–6.

Shapiro, D. A., Barkham, M., Hardy, G. E., Morrison, L. A. (1990) 'The second Sheffield psychotherapy project: rationale, design and prelimary outcome data', *British Journal of Medical Psychology* 63(2): 97–108.

Shea, M. T, Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Glass, D. R., Dolan, R. T. and Parloff, M. B. (1992) 'Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program', *Archives of General Psychiatry* 49: 782–7.

Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Collins, J. F., Elkin, I., Scotsky, S. M. and Docherty, J. P. (1990) 'Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program', *American Journal of Psychiatry* 147(6): 711–18.

Simons, A. D., Levine, J. L., Lustman, P. J. and Murphy, G. E. (1984a) 'Patient attrition in a comparative outcome study of depression: a follow-up report', *Journal of Affective Disorders* 6(2): 163–73.

Simons, A. D., Garfield, S. L. and Murphy, G. E. (1984b) 'The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy: changes in mood and cognitions', *Archives of General Psychiatry* 41: 45–51.

Simons, A. D., Murphy, G. E., Levine, J. L. and Wetzel, R. D. (1986) 'Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: sustained improvement over one year', *Archives of General Psychiatry* 43: 43–9.

Simons, A. D. and Thase, M. (1992) 'Biological markers, treatment outcome, and 1-year follow-up in endogenous depression: electroencephalographic Sleep Studies and Response to cognitive therapy', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60(3): 392–401.

Stravynski, A., Shahar, A. and Verreault, R. (1991) 'A pilot study of the cognitive treatment of dysthymic disorder', *Behavioural Psychotherapy* 19(4): 369–72.

Taylor, F. G. and Marshall, W. L. (1977) 'Experimental analysis of a cognitive-behavioral therapy for depression', *Cognitive Therapy and Research* 1: 59–72.

Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Di Mascio, A., Neu, C ., Goklaney, M. and Klerman, G. L. (1979) 'The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes', *American Journal of Psychiatry* 136: 555–8.

Williams, J. M. G. (1984) *The Psychological Treatment of Depression* London: Croom Helm.

Williams, J. M. G. (1992) *The Psychological Treatment of Depression, 2nd edn*, London: Routledge.

Williams, R., Moorey, S. and Cobb, J. (1991) 'Training in cognitive-behaviour therapy: pilot evaluation of a training course using the cognitive therapy scale', *Behavioural Psychotherapy* 19(4): 373–6.

Young, J. E. (1989) *Schema-focused Cognitive Therapy for Personality Disorders and Difficult Patients'*, Sarasota, Fla.: Professional Resource Exchange.

Young, J. and Beck, A. J. (1980) 'Cognitive therapy scale and rating manual', unpublished manuscript.

Zeiss, A. M. and Jones, S. L. (1983) 'Behavioral treatment of depression: examining treatment failures', in E. B. Foa and P. M. G. Emmelkamp (eds) *Failures in Behavior Therapy*, New York: Wiley.

Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M. and Munoz, R. F. (1979) 'Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal, cognitive, and pleasant events focused treatments', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47: 427–39.